FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles GRILLET

Né le 18 septembre 1889, Le Puy (Haute-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE

LA GRIPPE CHEZ LES FEMMES EN ÉTAT DE GESTATION

Quelques cas de broncho-pneumonies grippales observés à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière au cours de l'épidémie de 1918-1919

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma gratitude et de ma profonde tendresse.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

51555

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à la Clinique Baudelocque
Chevalier de la Légion d'honneur

En le remerciant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage et externat

A Monsieur le Professeur ROGER
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Docteur MAUCLAIRE
Monsieur le Docteur BEURNIER (*in memoriam*)
Monsieur le Docteur SCHWARTZ
Monsieur le Docteur HUDELO
Monsieur le Docteur SAINTON
Monsieur le Docteur DEMELIN
Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A Monsieur le Professeur agrégé GUÉNIOT
A Messieurs les Docteurs CHEVRIER et CHIRIÉ

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons aujourd'hui ne se rapporte pas à un sujet nouveau, et nombreux sont les travaux et les observations qui ont été publiés sur la grippe au cours des différentes épidémies.

Cependant l'épidémie vraiment grave de 1918, a donné un regain d'actualité à cette question. Ayant eu personnellement l'occasion d'observer et de traiter de nombreux malades atteints de cette affection aux armées, puis d'en suivre un certain nombre de cas à la Maternité de l'hôpital Lariboisière dans le service de notre maître M. Demelin, il nous a paru intéressant d'essayer de mettre en relief dans notre thèse inaugurale quelques points restés obscurs ou controversés concernant les rapports respectifs de la grippe et de la gestation.

Avant d'aller plus loin nous sommes heureux de pouvoir remercier ici tous les maîtres auxquels nous sommes redevable de notre modeste savoir, tous ceux qui par leur enseignement à la Faculté et les leçons cliniques au chevet des malades nous ont facilité et rendu agréable l'étude de la médecine.

M. le professeur Couvelaire, nous a fait l'honneur

de vouloir bien présider cette thèse ; qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements et l'hommage de notre respectueuse considération.

Nous remercions tout spécialement M. le docteur Demelin, qui a bien voulu nous accepter comme externe dans son service. Pendant notre passage à la Maternité il fut pour nous un maître toujours bienveillant, dont nous avons admiré l'enseignement clair et pratique ; nous lui sommes redevable de nos connaissances en obstétrique.

M. le docteur Devraigne fut également pour nous un maître dont nous avons su apprécier les leçons théoriques et cliniques toujours pleines d'intérêt. Il a bien voulu nous guider dans le choix de cette thèse, qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

M. Martinie, interne du service, nous a fourni quelques observations et quelques indications concernant ce travail, nous l'en remercions et l'assurons de notre sincère amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA GRIPPE CHEZ LES FEMMES

EN ÉTAT DE GESTATION

CHAPITRE PREMIER

Généralités sur la grippe

Son étiologie.— Ses particularités pendant l'épidémie de 1918-1919

La grippe, maladie contagieuse, à la fois endémique et épidémique fut connue dès le XII^e^ siècle et chacune de ses apparitions, au moyen âge en 1410, en Italie en 1722, où elle fut appelée influenza, donna lieu à une série de descriptions.

Mais elle ne fut surtout étudiée et isolée en tant que maladie qu'au XVIII^e^ siècle, et nous ne mentionnerons que pour mémoire les découvertes classiques dues à Pfeiffer à l'étranger, à Roux et Teyssier en France (1891-92), à la suite de la grande épidémie de 1889-90.

L'épidémie qui vient de sevir tant en France qu'à l'étranger et qui fut remarquable par la variété et la gravité de ses formes, ne pouvait manquer de provoquer de nombreuses recherches, et l'on s'est demandé si elle n'était pas causée par un bacille autre

que le bacille de Pfeiffer. Nous ne pouvons traiter ici toute cette question, et citerons seulement parmi beaucoup d'autres quelques opinions.

A la séance de l'Académie de Médecine du 14 janvier 1919, M. Meunier fit la communication suivante :

En mai 1918 il ne trouva dans le mucus pharyngé que le cocco-bacille de Pfeiffer le plus souvent pur.

En août de la même année il trouva plus fréquemment le bacille de Pfeiffer associé aux pneumocoques et aux catarrhales.

En septembre il nota la prédominance tantôt des pneumocoques, tantôt des staphylocoques et streptocoques.

A la séance de l'Académie du 28 janvier 1919, M. Ménétrier fait une communication au sujet d'une forme de broncho-pneumonie grippale avec prédominance du bacille de Pfeiffer.

A la Société de Biologie, le 21 décembre 1918, MM. Gaté et Desoché font connaître leurs résultats basés sur 105 recherches ; et notent la présence d'un streptocoque hémolytique qu'ils ont trouvé :

Dix-huit fois dans les crachats.
Douze fois dans pus pleuraux.
Quatre fois dans hémocultures.

Quant au pneumocoque ils l'ont trouvé assez fréquemment dans les crachats ; jamais dans le sang.

Parmi les travaux originaux nous citons ceux de MM. Charles Nicolle et Lebailly, qui ont attribué la

grippe à un virus filtrant, et qui ont pu reproduire expérimentalement la grippe à l'aide de ce virus sans l'associer à d'autres microorganismes.

Il semble donc que nous pouvons considérer la grippe de 1918, comme une infection complexe, et que la découverte de virus filtrants et de certains microorganismes spéciaux, rencontrés dans certaines formes anormales de grippe, ne doivent pas nous faire reléguer au second plan, les autres microbes, tels que bacilles de Pfeiffer, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, qui ont joué un rôle direct dans l'étiologie et la propagation de l'infection.

L'épidémie qui fit son apparition au début de mai 1918, et qui sévit jusqu'à ces mois derniers, n'a pas présenté toujours les mêmes caractères et le même type clinique ; elle a traversé plusieurs cycles, et a pris une allure et eut une évolution différente suivant l'époque à laquelle on l'a considérée.

MM. Raffinesque et Trémollières (*Presse médicale*, 24 février 1919) distinguent trois phases dans son évolution.

Une première phase s'étend de mai à juin 1918, phase pendant laquelle l'épidémie conserve un certain caractère de bénignité, qui lui fit donner le nom de fièvre des quatre jours. Une deuxième phase s'étend de juin à fin août 1918, caractérisée par l'apparition des complications pulmonaires, et le nombre des décès va en croissant bien que la proportion de sujets atteints soit en diminution ou reste stationnaire. Dans une troisième phase de fin août à décembre, l'épidé-

mie devient de plus en plus sévère. A côté des formes broncho-pulmonaires, on assiste à l'éclosion de formes cliniques nouvelles présentant le caractère de véritables septicémies.

Puis, à partir de décembre, la grippe va en décroissant, une nouvelle recrudescence survient au mois de février, mais elle est de peu durée, et l'on assiste peu à peu à la disparition presque complète de la grippe.

Ce qui a donc caractérisé l'épidémie de 1918-1919, ce fut la très grande fréquence des complications broncho-pulmonaires. Sans doute on a pu observer quelques autres formes particulières, mais elles furent l'exception, et en cela l'épidémie de 1918 se différencie nettement des épidémies antérieures, principalement de celle de 1889-1890, où ainsi que nous l'a montré M. le professeur Chauffard dans ses Cliniques à l'hôpital Saint-Antoine, les complications telles que sinusites, mastoïdites, parotidites, appendicites furent la règle ; les complications broncho-pulmonaires graves, l'exception.

CHAPITRE II

Etude clinique de la grippe.

Sur la totalité des cas traités à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, nous avons observé uniquement des grippes à forme pulmonaire, et pouvons classer les diverses types observés de la façon suivante :

Formes à bronchite et congestion pulmonaire ;

Formes à broncho-pneumonie.

Nous n'avons observé que très peu de cas des deux premières formes qui peuvent être considérées comme les plus bénignes tant au point de vue maternel, qu'au point de vue fœtal ; aussi esquisserons-nous rapidement leur étude, et insisterons plus particulièrement sur la brocho-pneumonie grippale dont nous avons pu réunir un assez grand nombre d'observations.

1° *Formes à bronchite et congestion.* — Le début est celui que l'on observe habituellement dans les infections grippales : céphalée, courbature, anorexie, prostration, catarrhe oculo-nasal et état saburral assez prononcé des voies digestives. La fièvre apparaît brusquement et la température peut atteindre

d'emblée 39 à 40 degrés. Les signes sthétoscopiques apparaissent ordinairement vers le neuvième jour. L'auscultation fait percevoir de gros ronchus, des sibilances disséminées dans toute l'étendue des poumons. Il n'y a pas de modification de la sonorité pulmonaire.

En deux à trois jours la température retombe d'elle-même à la normale, les symptômes s'amendent rapidement, et l'état général reste bon pendant toute la durée de l'affection.

Telle est la forme de bronchite grippale. Lorsque l'inflammation ne reste pas limitée aux bronches et gagne le poumon, elle provoque une congestion pulmonaire caractérisée par des râles sous-crépitants fins aux bases, et une légère diminution de la sonorité.

L'expectoration est abondante, les crachats sont visqueux, adhérents au vase, parfois légèrement teintés.

La température oscille entre 39 et 40, la courbe est assez régulière, le pouls reste bon, bien frappé a 80 pulsations.

Les symptômes s'amendent rapidement, la durée moyenne de l'affection est de huit à dix jours.

Chez la femme en état de gestation ces formes de bronchite et de congestion légère au cours de la grippe sont en règle générale bénignes, et d'après les recherches auxquelles nous nous sommes livré dans les services de médecine de l'hôpital, elles évoluent normalement, et la gestation suit son cours.

Formes à broncho-pneumonie. — Après une période de huit à dix jours, pendant laquelle la grippe évolue normalement depuis son début, assez fréquemment même lorsque la température commence à décroître, et qu'une amélioration semble se produire, on assite brusquement à une nouvelle élévation de la température ; la malade accuse fréquemment un point de côté, la toux devient pénible, douloureuse, et rapidement le tableau clinique de la brocho-pneumie grippale est constitué.

D'emblée les signes fonctionnels permettent le diagnostic.

La *dypsnée* est intense, les mouvements respiratoires dépassent 30 à la minute, pouvant atteindre et même dépasser 50 dans les formes graves, les ailes du nez sont animées de battements.

Le *facies* est également caractéristique : les traits sont tirés, les yeux brillants, anxieux, les lèvres, les oreilles sont de coloration noiratre, cyanosées, *cyanose que les symptômes d'ordre pulmonaire ne suffisent pas à expliquer, cyanose qui persiste alors même que les signes sthétoscopiques ont disparu, et qui n'est pas uniquement d'ordre mécanique, mais aussi d'ordre toxique.*

Les *troubles* nerveux sont également importants : Tantôt on a affaire à un délire doux, tantôt c'est un délire de paroles et d'action ; la malade veut se lever, refuse les soins, tombe de son lit, est anxieuse, agitée.

Les *épistaxis* sont quelquefois observées, épistaxis

rebelles, abondantes, ne cédant pas aux hémostatiques ordinairement employés, et *traduisant l'importance des troubles vaso-moteurs*, troubles qui peuvent se traduire par d'autres phénomènes hémorragiques. Crachats sanglants, quelquefois métrorragies.

Les signes physiques peuvent apparaître immédiatement ou tardivement.

A *l'auscultation* deux formes sont en présence :

a) Il peut s'agir d'une forme pseudo-lobaire, avec gros foyer, mat soufflant et râles crépitants, donnant l'impression d'une pneumonie lobaire franche, aiguë.

b) Dans la majorité des cas nous avons observé des broncho-pneumonies à foyers multiples, dans lesquelles on perçoit en des zones limitées des foyers de râles sous-crépitants fins, respiration un peu soufflante, le souffle devenant franchement tubaire dans les jours qui suivent.

Le plus souvent les lésions sont bilatérales, apparaissant successivement et chaque nouveau foyer s'accompagne d'une nouvelle poussée thermique.

Ces foyers de broncho-pneumonie siègent tantôt à la base, tantôt au sommet ; le plus habituellement à la région moyenne en avant et en arrière.

La *percussion* ne décèle rien de particulier ; sauf dans les formes pseudo-lobaires où l'on note de la matité et de l'exagération des vibrations vocales, dans les autres cas la sonorité pulmonaire est normale.

La *température* est élevée, à 40 degrés ou plus, elle est oscillante, irrégulière et ce fait est lié à l'apparition successive de nouveaux foyers broncho-pneumoniques par ensemencement de voisinage, le *pouls* est entre 100 et 120 pouvant atteindre, dépasser 140, puis devenant petit, filiforme incomptable dans les formes les plus graves.

L'*état général* décèle la gravité de l'infection.

Le facies est plombé, les sueurs abondantes, la langue sèche, rôtie, la diarrhée, les vomissements peuvent survenir, les urines sont rares, diminuées, plus ou moins albuminuriques.

Les *crachats* émis sont visqueux, collants, hémorragiques devenant parfois muco-purulents et très abondants et traduisant alors l'évolution vers l'hépatisation et la fonte purulente du parenchyme.

Dans les cas favorables l'état général reste assez bon, les signes d'intoxication générale disparaissent assez rapidement ; la chute de la température se fait en lysis, et la guérison survient en moyenne en dix à douze jours sans laisser de sequelles ; seul un certain degré d'asthénie persiste pendant la convalescence.

Dans les formes plus graves le décès se produit ordinairement du cinquième au sixième jour ; la malade succombe en pleine dyspnée et avec tous les signes d'une intoxication générale.

A côté de cette forme aiguë et la plus commune de broncho-pneumonie grippale nous avons eu l'occasion d'observer quelques formes spéciales.

a) La *forme prolongée* caractérisée par la lenteur de son évolution, de la persistance des signes physiques alors même que le malade est apyrétique. L'état général est très atteint, et la convalescence est très longue. Un élément de pronostic important dans cette forme est l'état du pouls ; tant qu'il reste bon, bien frappé, aux environs de 80, le pronostic reste favorable, il s'assombrit dans le cas contraire.

b) La *forme suraiguë* caractérisée par le peu d'importance des signes pulmonaires, comparativement à la gravité de l'état général ; et par la rapidité de son évolution. La maladie prend l'allure d'une véritable septicémie, la malade est enlevée en quelques heures, le décès se produit en pleine hyperthermie souvent par déchéance cardiaque.

c) Nous n'avons observé qu'à titre exceptionnel des complications pleurales de la broncho-pneumonie 2 cas sur 60 malades. Dans un premier cas il existait des symptômes pleurétiques très nets : matité absence de murmure vésiculaire, égophonie, souffle léger, et cependant une ponction exploratrice fut négative ; dans le second cas l'épanchement pleural apparut alors que la femme était entrée en convalescence, dix-huit jours après son entrée à l'hôpital.

d) Chez 3 de nos malades la broncho-pneumonie fut accompagnée de troubles nerveux intenses, avec symptômes pseudo-méningés donnant un aspect caractéristique à l'affection.

Telle est la broncho-pneumonie observée par nous chez les femmes en état de gestation, il semble que

la grossesse n'en modifie pas le type clinique, et il n'existe pas de symptômes spéciaux qui différencient la broncho-pneumonie grippale de la femme enceinte, de la broncho-pneumonie observée chez n'importe quel sujet.

Cependant nous notons la gravité toute particulière de cette affection qui entraîna chez nos malades une mortalité de 40 sur 60, et dans un prochain chapitre nous allons l'étudier tout spécialement au point de vue pronostic maternel et fœtal.

CHAPITRE III

Pronostic. — Observations

La complication la plus grave de la broncho-pneumonie grippale, chez la femme enceinte, est l'interruption de la gestation, interruption qui s'est produite chez toutes nos malades.

Suivant la date à laquelle remonte la grossesse, nous diviserons nos malades en trois catégories :

a) Femmes enceintes de moins de six mois.

b) Femmes enceintes de plus de six mois.

c) Femmes à terme.

I. — Femmes enceintes de moins de six mois

11 cas observés : Décès 8
Guérisons 3

OBSERVATION I

B... Louise, vingt-six ans, II-pare.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien à signaler.

Gestation actuelle. Date des dernières règles : fin juin.

Malade soignée en ville depuis le 25 octobre pour grippe.

28 octobre. — Entre à l'hôpital. Température : 40°5. Pouls : 110.

Auscultation. — Souffle tubaire intense à la partie moyenne du poumon droit ; plusieurs foyers de râles sous-crépitants fins aux bases.

Dyspnée. Polypnée : 40 mouvements respiratoires. Lèvres noirâtres. placards de cyanose sur le visage.

Délire, agitation ; langue sèche, rôtie. Sueurs abondantes.

Examen obstétrical. — Utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Grossesse de quatre mois environ.

Pas de contractions utérines. Pas d'hémorragie.

30 octobre. — Symptômes nullement modifiés ; la température reste aux environs de 40 degrés ; le pouls est petit et rapide à 120.

1er novembre. — Femme décédée à 2 heures du matin.

OBSERVATION II

Le D... Marie, vingt-cinq ans.

13 octobre, 2 heures du matin. — Femme admise salle Perreau, pour hémorragies et douleurs.

Cette femme était soignée dans un service de médecine de l'hôpital Lariboisière pour broncho-pneumonie grippale depuis le 8 octobre.

Une demi-heure après son admission, elle expulse un embryon de 130 grammes.

4 heures du matin. — Expulsion spontanée du placenta. Poids, 60 grammes.

6 heures du matin. — Décédée.

OBSERVATION III

C... Henriette, vingt-trois ans.

2 novembre. — Malade admise dans un service de médecine, la femme délirait et n'a pu donner aucun renseignement.

3 novembre. — Passe à la Maternité, salle Perreau, pour hémorragie et perte des eaux.

Examen obstétrical. — Utérus dur, contracté ; au toucher : col perméable.

Auscultation. — Souffle tubaire, lobe moyen gauche. Zone de râles crépitants autour du souffle.

Matité à la percussion.

La malade est très agitée. Délire, cyanose et dypsnée très prononcés.

Température : 41 degrés. Pouls incomptable.

A 6 heures du soir. — Expulsion de fœtus féminin, 300 grammes ; taille : 25 centimètres.

5 novembre. — Décès.

OBSERVATION IV (Résumée)

K... Rosa, vingt-trois ans. Primipare.

Cette femme est soignée à domicile depuis le 20 octobre pour grippe.

29 octobre. — Entre à la Maternité de l'hôpital, salle Perreau.

Température : 39 degrés. Pouls : 100.

Auscultation. — Foyers de râles sous-crépitants fins à droite et à gauche : gros souffle tubaire à droite.

Facies grippé, langue sèche. Cyanose, dyspnée intense.

Expulse en entrant un fœtus féminin. Poids 750 grammes.

30 octobre. — Délivrance naturelle et complète. Poids : 200 grammes.

1er novembre. — Amélioration : le souffle a disparu; les râles sous-crépitants persistent. Température : 37°8. Pouls : 90.

10 novembre. — Sortie de l'hôpital par guérison.

Cet ensemble d'observations est démonstratif ; l'avortement est la règle et se produit ordinairement au delà du huitième jour après le début de la grippe.

Il est l'indice d'un pronostic très sombre, puisque la mortalité maternelle dans ces cas, atteint près de 80 o/o.

Sur les 11 cas que nous avons observés, le décès est survenu une fois avant l'avortement, quatre fois immédiatement après, trois fois au delà des vingt-quatre heures.

II. — Femmes enceintes de plus de six mois.

Lorsqu'une femme enceinte de plus de six mois, alors que le fœtus est viable, vient à contracter la grippe. plusieurs éventualités sont en présence.

Si la grippe est légère, évolue sans complications spéciales, la gestation suit son cours ; dans les cas de broncho-pneumonie grippale il en est tout autrement, l'infection maternelle influe sur l'œuf ; l'inter-

ruption de la gestation est la règle, et l'accouchement prématuré a lieu, le fœtus suivant les cas étant expulsé mort ou vivant.

Trente-sept broncho-pneumonies grippales chez des femmes enceintes de plus de six mois, ont été vues dans le service de M. Demelin.

Elles se répartissent comme suit:

Guérisons : 12.

Décès : 25.

Chez deux malades seulement, le décès est survenu avant l'accouchement.

OBSERVATION V (Résumée)

L..., Marie, vingt-sept ans, primipare.

Grippe soignée depuis le 25 février.

Entre à l'hôpital le 28 février à 11 heures du matin. Diagnostic à l'entrée : broncho-pneumonie grippale.

Examen obstétrical. — Le fond de l'utérus est à 24 centimètres au-dessus du pubis. Sommet engagé O. I. G. A.

Au toucher le col est effacé. La dilatation égale 5 francs.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

Décès le même jour, à 2 heures de l'après-midi.

OBSERVATION VI

R... Germaine, vingt-huit ans, primipare.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien de particulier.

28 octobre. — Entre à l'hôpital. La malade dit avoir de la fièvre et tousser depuis le 25 octobre ; elle s'est soignée elle-même à domicile.

Symptômes à l'entrée. — Foyers de râles sous-crépitants fins, respiration soufflante dans toute l'étendue des deux poumons.

Souffle tubaire à la base gauche.

Température 39°5. Pouls 100.

Gestation actuelle. — Date des dernières règles : 20 février.

A l'examen obstétrical on trouve le fond utérin à 30 centimètres au-dessus du pubis.

Présentation du sommet O. I. G. A.

Grossesse de huit mois environ.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus et normaux. Le foyer d'auscultation est à gauche, près de l'ombilic.

30 octobre. — Dyspnée intense ; cyanose. Mêmes signes à l'auscultation.

Température 40. Pouls 110. Tout le traitement ordinaire est institué.

A 10 heures du matin. les bruits du cœur fœtal sont très rapides.

A 5 heures de l'après-midi, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

L'état de la femme s'aggrave, elle tombe dans le coma.

31 octobre. — Décès avant tout début de travail.

Cette observation présente un gros intérêt, on voit les signes de souffrance fœtale s'accentuer, alors

que l'état de la mère s'aggrave. Le décès du fœtus n'a précédé que de quelques heures celui de la mère.

OBSERVATION VII

G... Andrée, vingt ans, primipare.

Antecédents personnels et héréditaires. — Rien à signaler.

Depuis le 15 septembre tousse. Cette femme est restée chez elle sans se soigner, pensant à une grippe légère.

4 octobre. — Son état s'est aggravé. Elle entre à l'hopital Lariboisière dans un service de médecine pour broncho-pneumonie.

9 octobre. — Premières douleurs. — Envoyée d'urgence à la Maternité, salle Perreau.

Gestation actuelle. — Date des dernières règles : mars.

Examen obstétrical. — Hauteur utérine, 26 centimètres.

Sommet engagé O. I. G. A.

Dilatation : Petite paume de la main.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

5 heures du matin. — Rupture spontanée de la poche des eaux.

5 h. 1/4. — Expulsion de fille mort-née. Poids : 250 grammes. Taille : 36 centimètres.

5 h. 1/2. — Délivrance naturelle et complète : 280 grammes.

La dyspnée intense à l'arrivée ne s'est nullement modifiée à la suite de l'accouchement ; la cyanose est très accentuée.

L'auscultation fait percevoir deux foyers de râles crépi-

tants à droite, un foyer également à gauche. Souffle tubaire au sommet droit.

10 octobre. — Décédée.

OBSERVATION VIII (Résumée)

G... Marguerite, vingt et un ans. Primipare.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien à signaler.

Dernières règles : fin mars.

30 septembre. — Entre en médecine, salle Trousseau, pour grippe

4 octobre. — Admise à la Maternité, salle Perreau, à 9 heures du soir.

Expulse à l'arrivée un fœtus féminin mort-né : 1.700 gr.

Une demi-heure après l'accouchement, délivrance naturelle et complète : 250 grammes.

La malade est cyanosée, la dyspnée est extrême ; la femme ne peut donner aucun renseignement.

Auscultation. — Foyers de râles sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue du poumon droit. Souffle tubaire à la région moyenne.

Température : 40. Pouls : 110.

6 octobre, 3 heures du matin. — Décès.

OBSERVATION IX

C... Cornélie, vingt-quatre ans. IV^e^-pare.

Soignée depuis le 1^er^ octobre dans un service de médecine pour broncho-pneumonie.

Expulse le 6 octobre, à 4 heures du soir, un œuf complet ouvert en médecine.

Fœtus mort-né, poids : 2.150 grammes. Placenta, poids : 380 grammes.

On demande l'admission dans le service de la Maternité.

La malade est dans le coma et jugée intransportable.

Décédée ce même jour.

OBSERVATION X

C... Jeanne, dix-huit ans. Primipare.

Dernières règles : 18 mars.

Premières douleurs le 27 octobre. A 4 heures du matin, accouche chez elle d'un garçon mort-né. Poids : 2.350 gr. Délivrance naturelle : 450 grammes.

Admise à l'hôpital ce même jour. On apporte le placenta et le fœtus. Les membranes étant incomplètes et déchirées, un écouvillonnage suivi d'injection intra-utérine est pratiqué.

Diagnostic à l'entrée. — Broncho-pneumonie.

La malade est très oppressée. Toux quinteuse, pénible, expectoration abondante.

Chez cette malade la broncho-pneumonie eut une évolution normale. Elle sort de l'hôpital le 14 novembre.

Nous avons réuni dans le service de M. Demelin 15 observations de malades dont la grossesse datait de sept à huit mois et chez lesquelles, à la suite de broncho-pneumonie grippale, il y eut expulsion de fœtus mort-né.

Sur ces 15 malades nous avons eu 12 décès et 3 guérisons.

La mort du fœtus a toujours précédé de fort peu la mort de la mère, et celle-ci se produisit en général dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'accouchement prématuré.

Sauf dans les cas rares de guérison, nous n'avons jamais constaté d'amélioration dans l'état de la malade, les symptômes fonctionnels : dyspnée, cyanose, restaient identiques et l'expulsion du fœtus, loin d'amener une amélioration, était suivie au contraire d'une aggravation de l'état général.

Contrairement donc à l'opinion de beaucoup de praticiens, on ne devra jamais se réjouir lorsqu'il y a interruption de la gestation chez une femme atteinte de broncho-pneumonie et penser que les symptômes vont s'amender par la suite.

La mort du fœtus in utero *traduit la gravité de l'infection maternelle et la clinique nous montre que dans la majorité des cas le pronostic est fatal. Il en résulte que toute manœuvre qui tend à provoquer un accouchement rapide, dans l'espoir d'une amélioration est vouée à un échec certain.*

Dans un cas d'accouchement prématuré spontané chez une primipare observé en ville par M. Devraigne, la malade étant cyanosée, anhélante et expulsant un fœtus mort, en dépit du pronostic favorable porté par deux grands maîtres médicaux, M. Devraigne annonça à la famille incrédule que la

malade ne passerait pas la journée : elle mourut cinq heures après sa délivrance.

Nous venons d'étudier les cas où il y eût expulsion de fœtus mort, mais très fréquemment nous avons pu le constater, le produit de la conception est expulsé vivant. Nous allons donner ici la statistique de ces cas observés et indiquer les déductions que l'on en peut tirer.

Accouchement prématuré d'enfants vivants, 20.

Décès de la mère et de l'enfant après l'accouchement... 4.
Décès de la mère et survie de l'enfant..... 7.
Guérison de la mère et survie de l'enfant..... 9.

Lorsque l'enfant est expulsé vivant, le pronostic pour la mère est moins défavorable que dans les cas d'expulsion de fœtus mort, puisque d'après notre statistique la mortalité maternelle fut de 11 sur 20, c'est-à-dire un peu plus de 50 o/o alors qu'elle atteignit une porportion de 9 décès à 3 guérisons dans les cas précédemment étudiés.

Le décès maternel est uniquement imputable à la broncho-pneumonie.

Nous n'avons jamais observé de décès par infection utérine surajoutée, et l'on ne saurait donc incriminer une septicémie puerpérale. Les quelques autopsies auxquelles nous avons eu l'occasion d'assister ne nous ont pas révélé du coté des organes génitaux des lésions auxquelles on puisse imputer la mort.

Nous n'avons pas remarqué que le travail fut modifié en quoi que ce soit ; de même la délivrance fut toujours normale, sans donner lieu à un écoule-

ment sanguin plus abondant que dans les accouchements normaux. Comme dans toutes les grandes pyrexies et intoxications l'accouchement se fait très rapidement, sans grosse réaction douloureuse.

Au point de vue pronostic fœtal, sur 20 enfants vivants à la naissance, nous avons observé quatre fois le décès survenu par débilité congénitale dans les tout premiers jours ; les 16 autres enfants ont quitté l'hôpital dans la semaine qui suivit l'accouchement, soit qu'ils aient été emmenés par la famille, soit qu'ils aient été confiés à l'Assistance. Nous ignorons ce qui leur est advenu par la suite, mais pendant leur séjour à la Maternité on nota soigneusement et chaque jour leur température, qui fut normale, et ils ne présentèrent aucun accident. Nous en déduisons donc que ces enfants ont échappé à l'infection, mais néanmoins le pronostic doit être réservé en raison de leur débilité qui les expose plus facilement aux troubles et accidents de la première enfance.

OBSERVATION XI

L.... Suzanne, vingt-deux ans, II-pare.

Antécédents. — Rien à signaler, Un accouchement antérieur, normal il y a vingt ans.

Gestation actuelle. — Dernières règles : fin février.

Evolution normal de la gestation jusqu'au 4 octobre. A cette date la femme est prise de frissons, a de la fièvre. Elle est soignée à domicile.

7 octobre, 8 heures du matin. — Premières douleurs. Rupture spontanée de la poche des eaux.

Admise ce même jour à la salle Perreau.

Examen obstétrical. — Grossesse de sept mois environ.

Présentation du sommet. O. I. G. A. Fœtus vivant.

Au toucher : Col effacé. Dilatation : 5 francs.

2 heures de l'après-midi. — Expulse garçon vivant : 1.950 grammes ; 39 centimètres.

2 h. 45. — Délivrance spontanée. Placenta découronné : 300 grammes.

Auscultation. — Râles de bronchite dans toute l'étendue des poumons.

Foyer de broncho-pneumonie au sommet droit avec souffle.

Température 39. Pouls 100.

8 octobre. — L'état de la malade ne s'est nullement modifié.

10 octobre. — La cyanose et la dypnée s'accentuent.

Température 40. Pouls 110.

11 octobre. — Décès.

L'enfant est décédé de débilité congénitale. N'a pas eu de température.

OBSERVATION XII (Résumée)

B... Lœtitia, vingt-trois ans, II-pare.

Soignée en médecine depuis le 1er octobre pour broncho-pneumonie grippale.

Passage dans le service de la Maternité le 7 octobre.

8 octobre. — Accouchement prématuré de sept mois environ. Fille vivante : 1.700 grammes. Température de l'enfant à la naissance 37°5.

11 octobre. — Décédée.

Enfant décédé : Débilité congénitale.

OBSERVATION XIII (Résumée.)

B... R., vingt-neuf ans, III-pare.

Soignée à domicile depuis une semaine, pour grippe.

14 octobre. — Premières douleurs. Entre à l'hôpital ce même jour, à 10 heures du soir.

Sommet engagé O. I. G. A.

Hauteur utérine, 28 centimètre, enfant vivant.

Diagnostic à l'entrée. — Broncho-pneumonie.

Accouchement spontané d'une fille vivante 2.400 grammes, 45 centimètres.

Délivrance naturelle et complète : 450 grammes.

16 octobre. — Décédée.

L'enfant est en bonne santé ; n'a jamais eu de température.

OBSERVATION XIV (Résumée)

M... Alice, vingt et un ans, II-pare.

Depuis une semaine est alitée et soignée en ville pour grippe.

21 octobre. — Accouchée et délivrée en ville par une sage-femme.

Garçon vivant. Poids 2.850 grammes. Taille 46 centimètres. Placenta non vu par nous.

22 octobre. — Admission de la malade à l'hôpital.

Température 39°5. Pouls 120. Broncho-pneumonie grippale.

24 octobre. — Décédée.

L'enfant est bien portant, n'a jamais eu de température.

OBSERVATION XV (Résumée)

P... Marie, trente et un ans, VII-pare.

Gestations antérieures. Cinq accouchements à terme. Un prématuré.

Femme malade en ville depuis le 14 octobre.

17 octobre. — Accouchée en ville par une sage-femme. Fille vivante : 2.700 grammes.

18 octobre. — Entre salle Perreau. Température 38°6. Pouls 100.

Diagnostic à l'entrée : broncho-pneumonie à droite.

20 octobre. — Dyspnée, cyanose. Tout le traitement ordinaire est institué.

23 octobre. — Nouveau foyer de broncho-pneumnie à gauche.

29 octobre. — Grosse amélioration. Température 37°5. Pouls 90.

30 octobre-1er novembre. — Amélioration continue.

3 novembre. — Sort de l'hôpital avec son enfant qui est en excellente santé.

III. — La broncho-pneumonie grippale chez les femmes à terme

Nous avons réuni dans le service 12 observations de broncho-pneumonie grippale chez la femme à terme qui se répartissent comme suit :

Mère décédée et enfant vivant	6
Guérison de la mère et enfant vivant	5
Décès avant l'accouchement	1

Nous estimons donc que lorsqu'une femme très près du terme est atteinte de broncho-pneumonie, suite de grippe, on doit avant de porter un pronostic se baser sur les considérations suivantes :

1° La grippe se déclare lorsque le travail est imminent ou déjà commencé. L'infection n'ayant pas eu le temps de se généraliser, le pronostic pour l'enfant est excellent. Les conditions de l'accouchement étant peu ou même nullement modifiées, l'enfant naît indemne, et son développement ultérieur n'est en rien modifié. Par contre le pronostic maternel doit être réservé ; après l'accouchement la maladie suit son cours, et on doit uniquement tenir compte du type clinique que revêt la complication pulmonaire de la grippe.

Comme dans les cas d'accouchement prématuré, l'accouchement et les suites de couches ne furent troublés par aucun incident, et d'après nos observations lorsqu'il y eut décès, seule l'infection grippale put être mise en cause.

2° Lorsque la grippe est contractée quelques jours avant l'accouchement probable, le fœtus peut être plus ou moins touché par l'infection maternelle; il peut succomber *in utero* comme nous le montre l'observation XVI, mais nous ne saurions insister ici sur cette modalité qui rentre dans la catégorie des cas étudiés au paragraphe accouchement prématuré.

OBSERVATION XVI

L... Marie, vingt-sept ans, primipare.

Femme malade depuis une semaine. Soignée en ville par un médecin.

28 février. — Entre à l'hôpital, salle Perreau, à 11 heures du matin.

Examen obstétrical. — Hauteur utérine 34 centimètres.

Sommet engagé O. I. G. A.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Toucher : col, dilatation 5 francs. Les membranes sont intactes.

Symptômes à l'entrée : Température 40. Cyanose. Dyspnée.

Foyers de râles sous-crépitants fins, à droite. Souffle tubaire à gauche.

2 heures de l'après-midi. — Femme décédée sans avoir accouché.

OBSERVATION XVII (Résumée)

E... Ernestine, vingt-sept ans. Primipare.

Antécédents. — Rien à signaler.

Gestation actuelle. Dernières règles. La malade ne peut en préciser la date.

Evolution normale de la grossesse jusqu'au 25 novembre.

La malade a commencé à tousser à cette date, et fut soignée en ville.

27 novembre. — Premières douleurs à 6 heures du soir. Admise à l'hôpital.

Examen obstétrical. — Grossesse à terme. S. I. G. A. Fœtus vivant.

Dilatation : 2 francs. Les membranes sont intactes.

Rupture spontanée de la poche des eaux à 9 heures du soir.

Accouchement spontané d'un garçon vivant : 3.200 gr. Taille 49 centimètres.

Délivrance naturelle et complète : 600 grammes.

27 novembre, 1er décembre. — Les suites de couches sont normales. La broncho-pneumonie évolue.

2 décembre. — Aggravation brusque de l'état général.

3 décembre. — Décès.

L'enfant est en bonne santé.

OBSERVATION XVIII

V... Eugénie, vingt-cinq ans, II-pare.

Femme malade depuis le 12 février, date à laquelle elle a commencé de tousser.

Entrée à la salle Perreau le 17 février à 6 heures du matin.

Examen obstétrical. Hauteur utérine 32 centimètres. Sommet engagé.

Dilatation : 5 francs. Fœtus vivant.

9 heures du matin. — Accouchement spontané d'un garçon vivant. Poids 3.000 grammes. Délivrance naturelle et complète : 550 grammes.

18 février. — Décès.

L'enfant va bien. Température à la naissance 36°8.

OBSERVATION XIX (résumée)

L. Marie, vingt-sept ans, II-pare.

Grippe soignée depuis quelques jours à domicile.

26 décembre. — Premières douleurs ; la femme entre à l'hôpital à 7 heures du soir.

Examen obstétrical. — Hauteur utérine 34 centimètres. Sommet engagé O. I. G. A.

Fœtus vivant.

Les membres sont intactes. Dilatation : 1 franc.

8 heures. — Dilatation complète. Rupture de la poche des eaux.

8 heures 1/4. — Accouche d'une fille vivante : 3.850 gr.

8 heures 1/2. — Délivrance naturelle et complète : 650 gr.

1er janvier. — L'auscultation fait percevoir des foyers de râles sous-crépitants disséminés à droite et à gauche. Souffle tubaire à droite.

10 février. — La broncho-pneumonie a évolué normalement depuis l'accouchement. La malade sort guérie avec son enfant en bonne santé.

OBSERVATION XX (résumée)

M. Augustine, vingt-trois ans, II-pare.

Malade depuis une huitaine de jours, cette femme entre à la salle Perreau le 23 octobre à 3 heures de l'après-midi.

Température 38. Pouls 96.

Examen obstétrical. — Hauteur utérine 35 centimètres. Sommet engagé O. I. G. A.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

Accouche à 11 h 30, d'un garçon vivant de 3.150 grammes ; 48 centimètres.

Délivrance naturelle et complète à 11 h. 40. Poids 450 gr.

Température de l'enfant à la naissance, 37.

La malade sort sur sa demande le quatrième jour, incomplètement guérie mais très améliorée, l'enfant va bien.

CHAPITRE IV

Causes de l'avortement.

La majorité des auteurs, s'accorde à reconnaître l'influence néfaste des maladies infectieuses en général sur la grossesse, ainsi que l'on peut s'en assurer en parcourant les mémoires et les thèses parus sur ce sujet.

Dès l'épidémie de 1412 Dom des Salles écrit : « Aucunes femmes qui estoient grosses, orent leurs enfants sans compaignie de personne par force de toussir, qu'il conviendrait mourir a grand martyre, mère et enfant. »

Plus tard, au XVII^e^ siècle Ambroise Paré, Bartholin, Mauriceau ; au XVIII^e^ siècle Levret, Baudelocque notent également l'influence des maladies infectieuses, de la grippe en particulier sur la grossesse.

Au XIX^e^ siècle Cazeaux en 1862 (*Traité d'Accouchements*) dit avoir vu « un assez grand nombre d'avortements être la conséquence soit de la maladie elle-même, soit des quintes de toux dont les malades sont tourmentées.» Tarnier et Budin en 1886, Vinay en 1894, Queirel en 1895 signalent également l'avortement au cours de la grippe.

P. Bar, Brindeau et Chambrelent (*Traité de l'art des Accouchements*) écrivent à leur tour « l'accouchement prématuré est toujours à craindre au cours des maladies infectieuses. »

Par quel mécanisme se produit donc l'avortement ou l'accouchement prématuré ?

Mauriceau, Churchill, Cazeaux croyaient à l'influence de la toux. M. Queirel (*Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1895) a noté onze fois l'accouchement avant terme chez des femmes grippées et sur les 11 cas note six fois la rupture prématurée des membranes dans un effort de toux.

Nous ne considérons pas pour notre part, la toux comme étant de première importance. Il n'est pas rare en effet de voir dans les Maternités des tuberculeuses, des bronchitiques ayant des quintes violentes et fréquentes et mener à terme leur gestation.

L'hyperthermie aurait d'après certains auteurs une influence importante sur l'expulsion du fœtus.

Hohl en 1893, avait remarqué qu'une élévation de la température chez la mère rend le pouls du fœtus plus fréquent.

Kaminski s'appuyant sur 17 observations cliniques de fièvre typhoïde pendant la grossesse, pose comme règle absolue que la mort du fœtus était uniquement due à l'élévation de la température dans les maladies fébriles.

Max Runge confirme cette loi par des expériences sur des lapines pleines. Soumettant ces animaux à

une température élevée, et les sacrifiant ensuite, il note la mort du fœtus quand la température maternelle atteint 41°5 et montre que le fœtus est resté vivant lorsque la température de la mère est au-dessous de 40°5.

Ces résultats furent infirmés par les expériences de Doléris et Doré, qui expérimentent également sur lapines pleines, et arrivent à montrer que la mort du fœtus est uniquement due à l'élévation brusque de la température ; lorsqu'on soumet ces animaux à un chauffage progressif on peut leur faire supporter des températures variant entre 42 degrés et 43 degrés sans tuer le fœtus.

Les faits cliniques que nous avons pu observer nous ont montré que plusieurs de nos malades ont accouché alors que le thermomètre indiquait 39 degrés, et en outre si l'hyperthermie explique les cas où il y eut expulsion de fœtus mort, elle n'explique pas les cas nombreux où le fœtus est vivant.

Pour Brown Sequard, et à sa suite pour M. Brouardel qui fit des recherches sur la variole chez les femmes enceintes, le sang des malades atteints d'affection aiguë contient un excès d'acide carbonique. Cet acide carbonique est un excitant des fibres musculaires de l'utérus, dont il détermine des contractions prématurées et par la suite l'expulsion du fœtus.

Pour d'autres, l'avortement ou l'accouchement prématuré reconnaîtrait comme cause les métrorragies. Ces hémorragies utérines en décollant les membranes déterminent l'expulsion de l'œuf.

Pour notre part nous considérons les métrorragies comme un symptôme plutôt que comme une cause ; d'ailleurs nous avons rarement observé les métrorragies qui ont été signalées au cours de la grippe de 1918 ; et par ailleurs nous avons examiné le placenta et ses annexes à la suite des accouchements au cours des broncho-pneumonies grippales, et n'avons jamais trouvé de gros foyers hémorragiques capables d'expliquer l'expulsion. *Ces placentas étaient très congestionnés, mais sans collections sanguines.*

Enfin on a recherché le rôle que pouvaient jouer les microbes et les toxines au cours des infections aiguës.

D'après la conception ancienne le placenta forme filtre parfait et s'oppose à la pénétration des éléments figurés de la mère au fœtus.

Cette conception était basée sur les expériences de Brauell (1857) et de Davaine (1865) qui expérimentant, le premier sur jument, le second sur cobaye atteints de la maladie du charbon, avaient constaté l'absence de bâtonnets dans le sang fœtal et son innocuité pour les animaux sains.

Ces résultats qui paraissaient définitifs et qui avaient été érigés en loi, furent contredits par la méthode des cultures bactériennes, à la suite des expériences et des recherches d'Arloing, Cornevin et Thomas en 1880 à Lyon, de Roux et Chambrelent la même année, de Koubasssof en 1885, de Netter en 1886 et 1889.

Il est donc admis actuellement que dans une infection aiguë de la mère, les microorganismes et les toxines peuvent atteindre le fœtus en traversant le placenta ; mais comment expliquer le passage de ces éléments ?

M. Demelin (*Physiologie et Pathologie obstétricale*) a fait une étude approfondie de la question que nous résumerons ici rapidement.

Morizani (1886), Malvoz (1887), Vissokovitch notent la fréquence des hémorragies placentaires. Ces hémorragies sont dues à l'action des bactéridies sur les vaisseaux qui les contiennent. Pénétrant « avec les leucocytes dans les plus fins trajets, elles déterminent des oblitérations vasculaires et des hémorragies » (Nocard et Leclainche), et les lésions ainsi produites expliquent facilement le passage des microbes de la mère au fœtus.

Ce passage peut également s'expliquer dans les cas où l'on ne note pas d'hémorragies placentaires, par l'action des toxines qui produisent une vaso-dilatation, et de là un relâchement des capillaires tel, que leur paroi laisse filtrer sans déchirure les globules rouges et les bactéridies.

Nous pensons que c'est ce qui s'est produit au cours des broncho-pneumonies grippales, maladie infectieuse, et en résumé nous dirons donc que la toux, les hémorragies, l'hyperthémie ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire et insuffisant pour déterminer l'interruption de la gestation. Il est une cause, et une seule : c'est l'infection qui agit soit en tuant le

fœtus *in utero* et déterminant ainsi son expulsion consécutive, soit en produisant du côté de l'utérus et du placenta, des lésions de la caduque, une endométrite aiguë, pouvant amener du côté fœtal des troubles fonctionnels graves qui compromettent ses conditions nutritives et amènent ainsi son expulsion.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement que nous avons institué chez nos malades est le traitement classique de la broncho-pneumonie, aussi n'insisterons-nous pas sur ce chapitre et indiquerons très rapidement les divers moyens thérapeutiques employés.

Toute femme atteinte de complications pulmonaires de la grippe était traitée comme suit : le traitement pouvant être légèrement modifié suivant les symptômes observés :

1° Sinapismes, ventouses sèches ou scarifiées, parfois saignée, enveloppements froids du thorax toutes les trois heures.

2° Comme tonique général nous avons employé l'alcool soit sous forme de potion de Todd, soit de thé alcoolisé.

3° Chez tous nos malades nous avons usé largement des toni-cardiaques : injections d'huile camphrée à haute dose, ingestion de digitale, de sulfate neutre de spartéïne, et d'adrénaline.

Nous avons également employé dans les formes graves les injections intraveineuses de collargol,

iodargol, lantol, et pratiquions un abcès de fixation.

Ces deux médicamentations nous ont donné quelques résultats mais à la condition qu'elles soient pratiquées précocement. Dans un certain nombre de cas nous avons essayé l'action curative des sérums antipneumococcique, et antistreptococcique, sans obtenir des résultats très nets.

Nous avons également appliqué des mesures prophylactiques consistant en la séparation et en l'isolement des grippés à complications broncho-pulmonaires et en instillation d'huile goménolée dans les narines des malades.

Les femmes grippées étaient soignées par un personnel spécial.

Dans les cas de naissance d'enfants vivants, et paraissant indemnes, nous recommandons de ne point laisser le nourrisson près de la mère, afin de lui éviter toute chance de contagion. L'allaitement au sein par une nourrice est de beaucoup préférable ; dans les cas où il ne saurait être pratiqué on aura recours à l'allaitement artificiel.

L'allaitement maternel sera contre-indiqué dans tous les cas de formes sévères de broncho-pneumonie, à la période de fièvre, il pourra être repris en cas de guérison, et dans ce cas un traitement reconstituant pour la mère sera institué.

CONCLUSIONS

1° La broncho-pneumonie grippale chez la femme en état de gestation a revêtu pendant l'épidémie de grippe de 1918-1919 une gravité toute particulière, entraînant d'après nos constatations une proportion de décès de 2/3.

2° La broncho-pneumonie grippale aiguë chez la femme en état de gestation est toujours suivie d'avortement ou d'accouchement prématuré.

3° L'interruption de la gestation traduit uniquement la gravité de l'infection. Si l'expulsion prématurée de l'œuf est suivie d'accidents graves, ceux-ci relèvent uniquement de l'infection grippale, et l'avortement ou l'accouchement prématuré doivent être considérés comme un indice et non comme une cause de gravité.

4° Lorsqu'au cours d'une broncho-pneumonie grippale on vient à constater la mort du fœtus *in utero* et son expulsion consécutive, le pronostic est donc à peu près fatal ; il s'améliore dans les cas

d'expulsion de fœtus vivant, et devient tout à fait favorable, lorsque la gestation suit son cours normal. L'œuf a la valeur d'un critérium pronostique de la plus haute importance.

Le Président de la thèse
COUVELAIRE

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Maûriceau. — Maladie des femmes grosses. Livre I, chapitre XXVI.

Tarnier. — Accouchements, t. II.

Vinay. — Traité des maladies de la grossesse. Paris, 1894. Influenza chez les femmes en état de puerpéralité (Lyon médical, février 1892).

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine. Cf. Netter : Grippe.

Schirski (Mlle). — Grippe et puerpéralité (Thèse de Paris, 1898).

Maucotel. — Influence de la grippe sur la grossesse et l'accouchement (Thèse de Paris, 1899).

Moutier (E.). — La grippe (Gazette des Hôpitaux, n° 11, (1er mars 1919).

Trémollières et Raffinesque. — Quelques remarques sur l'épidémie de grippe (Presse médicale, n° 11, février 1919.

Sahli (H.) (de Berne). — Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte, t. XLIX, n° 14 (janvier 1919).

Galli Valerio (de Lausanne). — Observation sur la grippe (Revue médicale de la Suisse romande, n° 1, 20 janvier 1919).

The Lancet. — La pneumonie grippale épidémique. t. CXCVI n° 1, 4 janvier 1919).

Stone (W.-J.) et Swift (G.-V.). — La grippe et la pneumonie grippale à Fort-Riley (Journal of the American medical Association (n° 7, 15 février 1919).

Thomson (*médecin-major*). — La grippe et son traitement. (*Bulletin médical* de la Société des Hôpitaux de Paris, 1918-1919).

Rathery, *David*, *Rault et Thomas*. — Grippe (Paris médical, n° 9, 1er mars 1919).

Malvoz. — Sur la transmission intra placentaire des microorganismes (Annales de l'Institut Pasteur, 1888).

Strauss et Chambrelent. — Transmission de quelques maladies virulentes en particulier de la mère au fœtus (Archives de Physiologie, 1883).

Paul Bar, *Brindeau et Chambrelent*. — Pratique de l'art des accouchements, t. II.

Lepage et Ribemont Desaigne. — Obstétrique.

Bar (*Paul*). — La grippe dans ses rapports avec la puerpéralité (Journal des sages-femmes, 1er mars 1898).

Leconte (*Mlle*). — Quelques cas de grippe observés à l'hôpital Cochin (Thèse de Paris, 1919).

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements.

Demelin (*L.-A.*). — Revue et mémoires d'obstétrique.

Imp. JOUVE et C^ie^, 15, rue Racine, Paris – 5e61 19

235

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE